様式第７号【第８条関係】

不妊治療費支援事業申請書

次のとおり関係書類を添えて、不妊治療費の支援(助成)を申請します。

№

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名（夫及び妻が記名） | 不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　 　 　  |
| 夫の氏名 |  | 　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　 　歳） |
| 妻の氏名 |  | 　　　　　　　年　　　月　　　日生（　 　　歳） |
| 住　所 | 〒　　　－厚真町 | 電話番号 | ( ) - |
| 住　所2　 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　 ※単身赴任等で、住所が異なる場合に記入してください。 |
| 住民となった日 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　※夫及び妻のいずれか早く住民登録をし、　年　　　月　　　日　 　　　　　　居住した日を記入してください。 |
| 治療内容 | 一般不妊治療　・　生殖補助医療（ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 男性不妊治療 ） |
| 治療期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 治療医療機関名 |  |
| **申請額　　金　　　　　　　　　円**　　　　年　　月　　日厚真町長　　　　　　　　様 |
| 振込先金融機関の名称及び口座番号等 |
| 振込先金融機関の名称 | 口座番号 | 口座名義 |
| 銀行、信金、信組、農協、漁協 | 支店 | 普通 |  | (ふりがな) |
| 当座 |  |

※以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 不妊治療費自己負担額〔A〕 |  | 夫婦の合算所得（上限額〔B〕） | ・901万円超（上限252,600円）・600万円超～901万円（上限167,400円）・210万円超～600万円（上限80,100円）・210万円以下（上限57,600円）・非課税世帯（上限35,400円） |
| 受付年月日 |  |
| 決定年月日 |  | 交付決定金額（〔A〕・〔B〕いずれか低い方） |
| 通知年月日 |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

**書類確認欄：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **治療に係る領収書** |  | **同意書** |  | **所得証明書（要・不要）** |  |  | **受給者番号** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **決　裁** | **町　長** | **副町長** | **課　長** | **主　幹** | **主　査** | **担　当** | **合　議** |
|  |  |  |  |  |  |  |